



RÉQUA

# Atelier régional de benchmarking

*Mais comment font-ils ?*

19 septembre 2013, CLS Bellevaux



RÉQUA

## Programme de l'atelier

- ➔ Enseignements du tableau de bord Qualité & Risques 2012
- ➔ Evolutions du tableau de bord pour 2013
- ➔ Démarche de benchmarking sur l'indicateur TDP
- ➔ Evolution de l'indicateur TDP





## Participation des établissements

- Participation des établissements
  - 18 établissements (11 en 2008 et 2009, 20 en 2010, 19 en 2011)
- Représentativité
  - 2 cliniques MCO (/6) et 5 CH à dominante MCO (/8)
  - 3 CRF (/8), 6 CH à dominante SSR-SLD (/9) et 1 SLD (/3)
  - 1 établissement psychiatrique (/3)
  - 0 HAD (/2)



RÉQUA

## Taux de complétude du tableau de bord

- Taux de renseignement des indicateurs
  - 66% des indicateurs mesurés en moyenne par établissement (44 à 89% selon ES)
- Des indicateurs toujours peu mesurés (moins d'un ES sur 3)
  - Prévalence des escarres (33%)
  - Préparation de la sortie du patient (17%)
  - Information avant un acte invasif (17%)
  - Satisfaction du personnel (11%)
  - Délai avant admission (8%)
  - Prise en charge du cancer (0%)
  - Conformité de l'attente aux Urgences (0%)



RÉQUA

## Des indicateurs avec des résultats 'moyens'...

- Vaccination antigrippale (12%)
- Dispensation nominative (53%)
- ICALIN 2 (46% en C, D ou E)
- Dossier patient (-9% par rapport au niveau national en MCO, -7% en SSR)
- Dossier anesthésique (-8% par rapport au niveau national)
- Evaluation de la douleur (-10% par rapport au niveau national en MCO et -6% en SSR)
- Questionnaire de sortie (18%)



# RÉQUA

...mais d'autres en forte progression !

	2008	2012	
Dépistage des troubles nutritionnels	65	82	➤
Traçabilité de la douleur	40	63	➤
Personne de confiance	30	91	➤
Analyse des EIG (et nombre EIG signalés x 10 !)	39	55	➤
Chirurgie ambulatoire	43	71	➤
Prescription informatisée	60	79	➤
ICATB	36	79	➤
Information avant un acte invasif	33	58	➤
Distribution des repas à la bonne température	59	76	➤
Délai de remise du dossier patient	65	93	➤



RÉQUA

# Les évolutions du tableau de bord en 2013 ... et après

19 septembre 2013





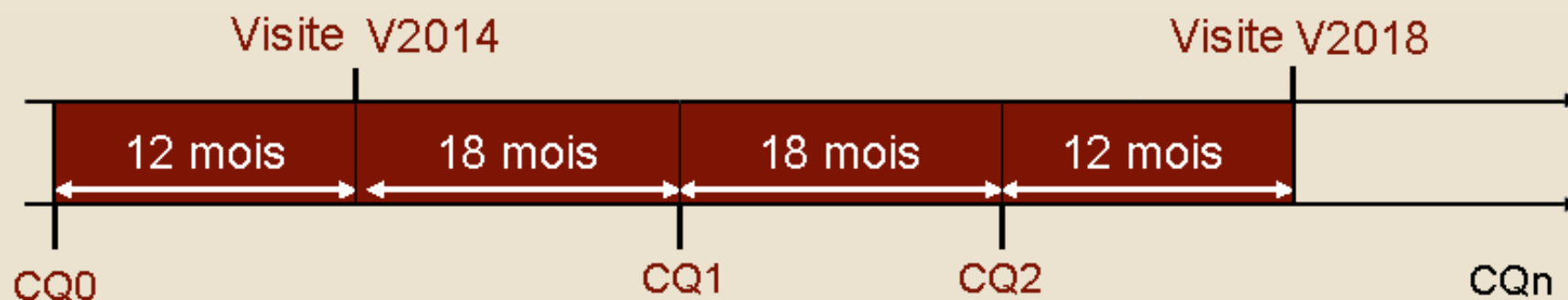
## Les évolutions pour 2013

- Modification d'indicateurs en fonction des orientations nationales
  - TDP : pas de changement de l'indicateur en 2013, même si test en cours
- Aide à la mesure
  - Satisfaction du personnel : mise à disposition du Questionnaire testé dans le projet CLARTE
  - Satisfaction des patients : développement de questionnaires en SSR et en SLD (et analyse par RéQua)



## Les évolutions futures : lien avec le Compte Qualité

- Nouvel outil de la certification v2014, remplaçant l'auto-évaluation
- Ce «compte qualité» contribue à réunir dans un même document les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et le programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques d'un établissement
- Rempli et mis à jour par l'établissement, il devra être envoyé tous les 12 à 18 mois à la HAS





## Les évolutions futures : lien avec le Compte Qualité

- Contenu du Compte Qualité
  - Informations administratives, contexte et environnement
  - Reconnaissances (ISO...), résultats des évaluations externes (IFAQ, ANAP...) et inspections-contrôles
  - Démarche qualité mise en œuvre (engagement, pilotage, management opérationnel...)
  - Puis, pour 21 processus (certains imposés et d'autres à choisir selon risques) :
    - Diagnostic à partir de résultats : bilans du plan d'action, évaluations et **indicateurs (nationaux, régionaux ou locaux)**
    - Identification des risques
    - Dispositifs de maîtrise en place
    - Engagements de l'établissement pour la période à venir



## Les évolutions futures

- Réflexion régionale à prévoir
    - Par le groupe de travail TdB Qualité et Risques
    - Au 2<sup>ème</sup> trimestre 2014
    - Objectifs
      - Discuter d'une refonte du tableau de bord (nouvelle architecture selon les 21 processus déterminés par la HAS)
      - Intégration des IPC (douleur, dénutrition, prescription CGR, paracétamol, prescription PA, prescription antibiotiques, escarres)
      - Ajout, suppression ou modification des indicateurs
- nouvelle formule proposée début 2015 pour résultats 2014



RÉQUA

# Les retours d'expérience

*Mais comment font-ils ?*

19 septembre 2013



## On peut le faire !!

Tableau de bord Qualité Risques 2012

### Clinique de l'espérance

Thème	Indicateur	2012	Evolution (2011)	Position régionale	Position nationale
La « gestion » du personnel	Absentéisme non prévisible (nbre jours par ETP)	2,5	- ND	5,1 [18]	4,2 **
	Accidents d'exposition au sang (pour 100 lits) *	0,0	- ND	5,3 [8]	7,5 **
	AT-MP avec lombalgie ou TMS (pour 100 ETP) *	0,5	- ND	3,2 [6]	- ND
	Satisfaction globale du personnel (%)	83	- ND	79 [2]	- ND
	Vaccination antigrippale (%)	45	- ND	12 [14]	26 **
La gestion des ressources	Prescription informatisée (%)	100	- ND	79 [17]	40 *
	Dispensation nominative (%)	100	- ND	53 [17]	- ND
	Production de DASRI (kg/10000 journées) *	4,3	- ND	9,5 [7]	- ND
	Distribution repas à bonne température (%)	100	- ND	76 [11]	- ND
Les événements indésirables liés au patient	Analyse des EIG associés aux soins signalés (%)	100 (n=8)	ND	55 (n=154) [12]	- ND
	Prévalence des escarres (%)	0,0	- ND	7,3 [6]	8,6 **
	ICALIN.2 (score sur 100 ; ① mode de calcul modifié) *	88,0 (A)	- ND		
	ICSHA.2 (% atteinte objectif personnalisé) *	306 (A)	- ND		
	ICATB (score sur 100) *	95,0 (A)	- ND		
Le pilotage des démarches Qualité et Gestion des risques	Suivi actions DQGR (% en cours ou réalisées)	90	- ND	66 (n=1332) [14]	- ND
	Suivi actions CLIN (idem)	100	- ND	95 (n=384) [10]	- ND
	Suivi actions Sécurité sanitaires (idem)	100	- ND	49 (n=814) [8]	- ND
	Diagnostic Développement durable (sur 100)	70 (C)	- ND	64 [8]	- ND





## On peut le faire !!

La prise en charge du patient								
	Conformité du dossier patient (MCO)*	81	-	ND		72 *		76 *
	Conformité du dossier anesthésique (MCO)*	98	-	ND		76 *		84 *
%	Evaluation de la douleur (MCO)*	99	-	ND		64 *		73 *
%	Délai envoi courriers sortie (MCO)*	90	-	ND		46 *		48 *
%	Dépistage des troubles nutritionnels (MCO)*	100	-	ND		82 *		84 *
%	Evaluation du risque d'escarre (MCO)*	ND	-	ND	-	ND	-	32 *
%	Prescription médicamenteuse IDM (BASl)**	100	-	ND		86 *		80 *
	Conformité du dossier patient (SSR)*	98	-	ND		71 *		78 *
%	Evaluation de la douleur (SSR)*	100	-	ND		65 *		71 *
%	Délai envoi courriers sortie (SSR)*	100	-	ND		71 *		75 *
%	Dépistage des troubles nutritionnels (SSR)*	100	-	ND		74 *		73 *
%	Evaluation du risque d'escarre (SSR)*	ND	-	ND	-	ND	-	65 *
%	RCP en cancérologie (MCO)	94	-	ND		57 [0]		70 *
%	Chirurgie ambulatoire (18 actes marqueurs)	90	-	ND		66 *		65 *
%	Préparation de la sortie du patient	83	-	ND		56 [3]	-	ND
%	Conformité durée attente urgences	ND	-	ND	-	ND [0]	-	ND
	Délai avant admission (SSR) (en jours)	ND	-	ND	-	10,1 [1]	-	ND
Le respect des droits du patient								
%	Information avant un acte à risque (%)	88	-	ND		58 [3]	-	ND
%	Recueil de la personne de confiance (%)	97	-	ND		91 [7]	-	ND
%	Conformité du délai de remise du DP (%)	100 (n=33)	-	ND		93 [13]	-	ND
%	Retour du questionnaire de sortie (%)	43	-	ND		18 [17]	-	ND
%	Satisfaction des patients (score I-Satis ou %)	100	-	ND		93 [10]	-	ND
	Plaintes et réclamations (/ 10000 journées)	0,2 (n=1)	-	ND		4,5 [18]	-	ND

ND : résultats non disponibles dans l'établissement - \* données 2011 - \*\* données 2010



## Tenue du Dossier Patient

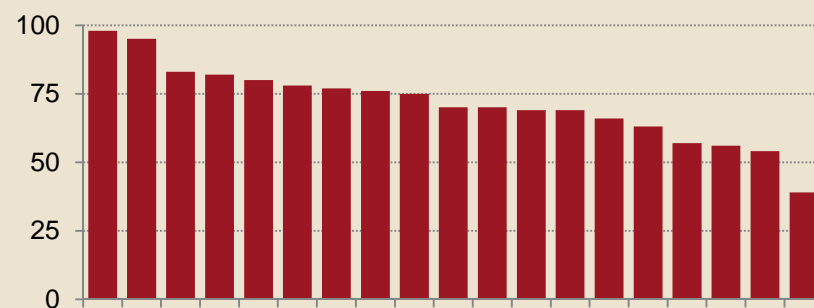
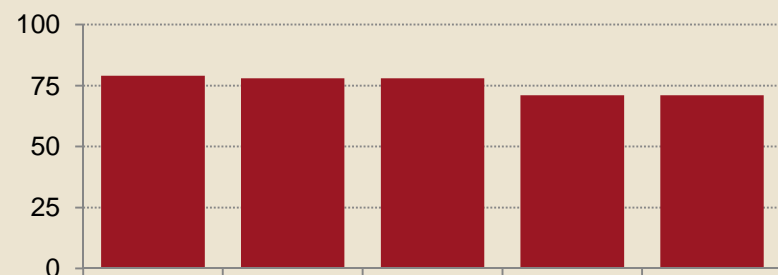
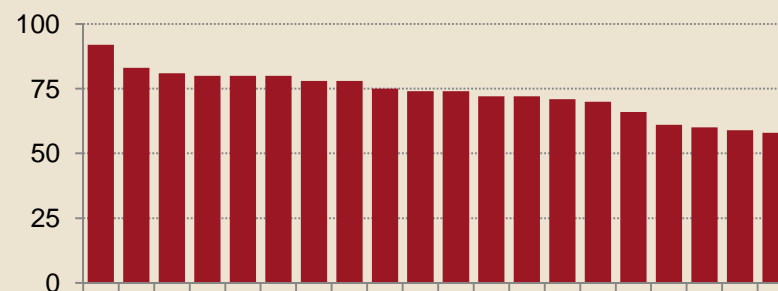
- Indicateur généralisé dans le cadre d'IPAQSS
- Score sur 100
  - Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.
  - L'indicateur est calculé à partir de 9 (PSY), 10 (MCO) ou 13 (SSR) critères :
    - Critères relatifs à l'admission (document de liaison, examen d'entrée...)
    - Critères relatifs à la prise en charge (suivi médical du patient, prescriptions, projet thérapeutique, chirurgie, anesthésie...)
    - Critères relatifs à la sortie (CRH, prescriptions de sortie...)
    - Dossier organisé et classé





## Tenue du Dossier Patient

- Résultats 2012 (2011)
  - En MCO : 20 établissements
    - Moyenne Région : 73 (58 à 92)
    - Moyenne France : 76 (29 à 100)
  - En SSR : 20 établissements
    - Moyenne Région : 71 (39 à 98)
    - Moyenne France : 78 (19 à 100)
  - En PSY : 5 établissements
    - Moyenne Région : 75 (71 à 79)
    - Moyenne France : 73 (29 à 100)





RÉQUA

## Les retours d'expérience : Mais comment font-ils ?

- Pour l'indicateur Tenue du dossier patient
  - Quatre présentations de 15 minutes
  - Discussion commune : levée des freins et facteurs favorisants
- Etablissements participants
  - CHI de la Haute-Saône (E. Sehier)
  - CH Abois (B. Buchle, M. Jacquet)
  - AHFC (Dr V. Valot)
  - CRCPFC de Pont d'Héry (O. Murcier, N. Genelot)



RÉQUA

# Modifications de l'indicateur Tenue du dossier patient (TDP2)

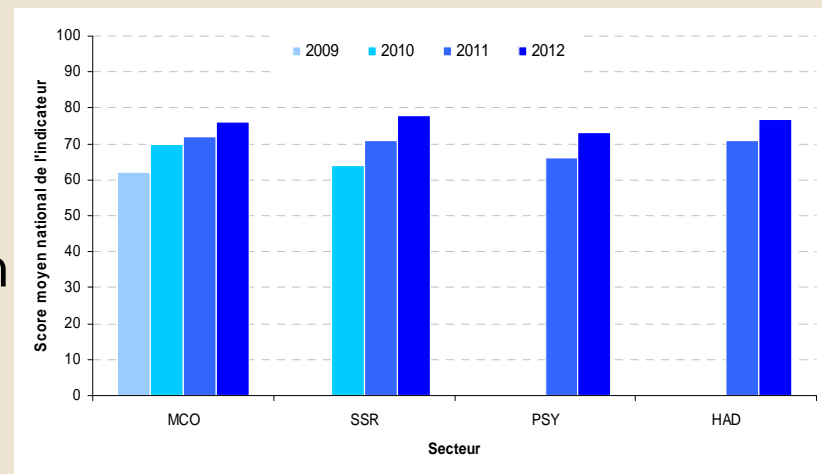
19 septembre 2013



# RÉQUA

## Evolution de l'indicateur TDP2

- Souhait de la HAS pour 2 raisons
  - Intégrer de nouveaux champs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :
    - circuit médicament,
    - identité,
    - information patient...
  - Effet de seuil
    - Score moyen en augmentation
    - La moitié des ES ont atteint ou dépassé le seuil fixé (80%)



- Groupe de travail mis en en place en avril 2013



RÉQUA

## Evolution de l'indicateur TDP2

- Ce qui va changer (en MCO pour le moment) :
  - Critère supprimé
    - Dossier organisé et classé
  - Critères simplifiés (présence et non contenu) :
    - courrier de fin d'hospitalisation ou CRH
    - dossier anesthésique
    - dossier transfusionnel



## Evolution de l'indicateur TDP2

- Ce qui va changer (en MCO pour le moment) :
  - Critères ajoutés :
    - Dossier retrouvé (si non, score = 0)
    - Identification unique du patient
      - numéro d'IPP ou nom, prénom, date de naissance et sexe sur chaque document
      - pas de collision (document d'un autre patient)
    - Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation
      - Il existe une prescription, administration et prescription sur le même support, nom et prénom IDE ; en suspens : dose et heure
    - Mention de la recherche de la personne de confiance
    - Mention de l'identité de la personne à prévenir



RÉQUA

## Evolution de l'indicateur TDP2

- Ce qui va changer (en MCO pour le moment) :
  - Critères en suspens :
    - Information / Participation du patient
      - Souhait fort de la HAS
      - Mais pas de critère pertinent trouvé à ce jour :
        - » Mention d'une information partagée entre le patient et le (ou les) professionnel(s) de santé
        - » Mention d'une information sur les attentes du patient concernant sa prise en charge
        - » Trace d'une participation ou accord du patient à son projet de prise en charge
        - » Trace d'au moins une réunion pluriprofessionnelle



## Evolution de l'indicateur TDP2

- La mise en place du nouvel indicateur :
  - Test dans 50 établissements MCO
    - Organisé par la HAS avec les Fédérations (FHF, FHP, FEHAP) : appel à volontariat avant le 15 septembre
    - ½ journée de formation en novembre
    - Test entre février et avril en même temps que le recueil habituel (avec questions supplémentaires)
    - Résultats du test discutés fin 2014 :
      - Faisabilité
      - Extension en SSR, PSY et HAD (avec test en 2015)
    - Généralisation pour le recueil 2016





# CHI DE LA HAUTE-SAÔNE

MAIS COMMENT FONT-ILS ?

Atelier régional de Benchmarking

19 septembre 2013



# Tenue du dossier patient

2

2009	2010	2011
79%	74%	78%

# Facteurs favorisants identifiés :

3

- Des facteurs liés à la structure
  - ▣ Dossier patient unique (papier) depuis 2004
  - ▣ Dossier patient informatisé (versant paramédical, versant médical et versant prescriptions) mais avec plusieurs logiciels différents
  - ▣ Des outils informatiques communs pour les activités MCO et SSR

# Facteurs favorisants identifiés :

4

- Des facteurs liés au management
  - ▣ Une implication forte de la Direction des Soins, en lien avec la Direction de la Qualité
  - ▣ Une implication forte de l'équipe chargée du déploiement du Dossier Patient Informatisé
  - ▣ Intégration de certains éléments de l'indicateur dans les contrats de pôles (délai de production du courrier de fin d'hospitalisation), avec mesures régulières dans chaque pôle
  - ▣ Un suivi pédagogique mensuel des Transmissions Ciblées

# Facteurs favorisants identifiés :

5

- Des facteurs liés aux pratiques cliniques
  - ▣ Pas de procédure unique sur la tenue du dossier patient et les responsabilités des différents professionnels, mais des guides d'utilisation ou Fiches réflexe par outil logiciel (régulièrement révisés)
  - ▣ Formation des professionnels au DPI par l'équipe DPI lors du déploiement progressif, avec diffusion de Fiches réflexe
  - ▣ Formation des nouveaux arrivants au DPI par l'équipe DPI
    - systématique pour les internes
    - à la demande des services lors de l'intégration de nouveaux professionnels

# Facteurs favorisants identifiés :

6

- ▣ Le développement de formulaires spécifiques sur le DPI pour certains éléments du recueil (aide-mémoires au niveau de la « pancarte » pour leur traçabilité), mais sans systèmes d'alerte ni systèmes bloquants
- ▣ L'intégration de modèles de comptes-rendus d'hospitalisation dans le DPI, avec l'ensemble des éléments exigés par la HAS (permettant l'obtention de résultats supérieurs à la moyenne sur les critères Traitement de sortie et CRH)

# Facteurs favorisants identifiés :

7

- Des facteurs liés à l'évaluation des pratiques
  - ▣ Un recueil réalisé par un groupe de professionnels investis :
    - Après un appel à participation ouvert à tous (relais par cadres supérieurs, cadres, chefs de service et chefs de pôle) en précisant les objectifs et le score du recueil précédent
    - Groupes nombreux constitués de professionnels de différentes catégories professionnelles (cadres, infirmiers, aides-soignants, médecins, pharmaciens, rééducation, diététiciennes)

# Facteurs favorisants identifiés :

8

- ❑ Planifié sur une semaine, avec grande flexibilité des plages horaires
- ❑ Travail préparatoire (pré test) et information sur la localisation des informations à rechercher (évolution du dossier, consignes, grilles,...)
- ❑ Recueil en binôme avec supervision par un membre de la Direction de la Qualité, qui assure l'homogénéité des pratiques de recueil (pour une année donnée et d'une année sur l'autre)
- ❑ Identification et/ou proposition d'actions correctives simples en séance
- ❑ Avis des participants avant clôture



# Facteurs favorisants identifiés :

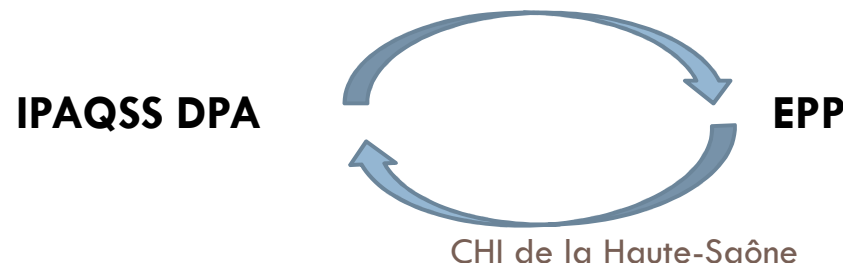
9

- ▣ Un retour des résultats rapides aux professionnels ayant participé au recueil des données ainsi qu'aux excusés
- ▣ Une présentation des résultats chaque année
  - à la CME,
  - à la CSI
  - au Comité Qualité
  - à la CRUQPC
- ▣ Une appropriation par l'encadrement avec diffusion en conseils de pôle,...
- ▣ Une diffusion aux usagers par affichage à l'entrée et sur le site web de l'établissement

# Complémentarité avec d'autres EPP

10

- ▣ La réalisation d'une EPP sur le projet personnalisé de soins, permettant de sensibiliser les soignants à la qualité des informations tracées dans le dossier patient
- ▣ Un recueil obligatoire complété par l'ajout de critères mesurés sur les dossiers tirés au sort pour IPAQSS :
  - Qualité de l'administration du médicament
  - Qualité des transmissions ciblées
  - Information donnée au patient
  - Traçabilité de la personne de confiance



# Ce qui peut encore être développé :

11

- Diffusion des résultats à travers le journal de l'établissement, permettant la présentation et l'explication de ces résultats et des classements de la HAS
- Présentation des résultats des indicateurs lors des journées d'intégration des nouveaux professionnels
- Amélioration et harmonisation des règles sur la tenue du dossier patient
- Requêtes afin de faciliter le recueil des données (impossibles sur l'outil actuel)
- Intégration de la démarche au Développement Professionnel Continu (DPC)
- Intégration des résultats dans le livret d'accueil
- Appropriation des résultats par l'ensemble des professionnels, en dehors de ceux participant au recueil

# REQUA présentation IPAQSS CH ARBOIS

facteurs favorisant l'obtention de bons résultats pour l'indicateur  
« Tenue du dossier patient »

# CH Arbois : présentation succincte

## ▶ Capacités de l'hôpital d'Arbois

Médecine : 8 lits

SSR : 17 lits


Situé sur le même étage, pas de différenciation au niveau des lits, un patient peut passer de médecine en SSR, voir parfois en hébergement sans changer de chambre (ni de médecin .....)!

## ▶ Capacités médicales et para médicales :

Intervention de quatre médecins autorisés (3 médecins libéraux et un médecin salarié également coordinateur de l'EHPAD). Une équipe pluridisciplinaire : kiné (salarié et libéraux) ergothérapeute, diététicienne, psychologue, infirmière hygiéniste, assistante sociale ....

# CH Arbois : Organisation du sanitaire

- Des passages de médecins à heure fixe, ainsi que des synthèses (projet thérapeutique) :

 <b>Tableau de Présence des médecins</b> <i>- Centre Hospitalier d'Arbois -</i>					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jedi	Vendredi
<b>Solen BINOIST MARENDAZ</b>	Visite des patients à 11H15 11 h 00 - 12 h 30		ABSENTE	Visite des patients à 14H15 14 h 00 - 15 h 30 Projet thérapeutique	Visite des patients à 11H15 11 h 00 - 12 h 30
<b>Philippe BRUNIAUX</b> Coordinateur EHPAD Coordinateur SSR	Site H : 9 h - 12 h	Site H : 9 h - 12 h	Site H : 9 h - 12 h	Accueil de jour : 8 h 30 - 9 h 30	Site H : 9 h - 12 h
	Visite des patients à 9h30				
	EHPAD Delort : 13h30 - 18h15	Site H : 13 h 30 - 18 h	Passage si besoin	Site H : 9 h 30 - 12 h 30	Site H : 13 h - 18 h Projet thérapeutique
<b>Jean Marie NAAS</b>	Visite des patients à 8h30				
	8 h 00 - 9 h 30	8 h 00 - 9 h 30 Projet thérapeutique	8 h 00 - 9 h 30	8 h 00 - 9 h 30	8 h 00 - 9 h 30
<b>Gabriel MARMIER</b> Coordinateur SSR	Visite des patients à 14h15				
	14 h 00 - 15 h 30	14 h 00 - 15 h 30	14 h 00 - 15 h 30 Projet thérapeutique de 14h15 à 15h15	Un jeudi sur 2 (voir 3/4) : 14 h 00 - 15 h 30	14 h 00 - 15 h 30

# IPAQSS : rappel des résultats

## EXERCICES 2011 et 2012 BILAN DES IPAQSS MEDECINE

Indicateur : TENUE DU DOSSIER PATIENT 81% ⇒ 85% ↗

Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation 34% ⇒ 84% ↗ ↗

Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur 47% ⇒ 69% ↗

Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels 66% ⇒ 90% ↗

Indicateur : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre 31% ⇒ 79% ↗ ↗

## EXERCICES 2011 et 2012 BILAN DES IPAQSS SSR

Indicateur : TENUE DU DOSSIER PATIENT 57 ⇒ 77 en 2012 ↗

Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation 52% ⇒ 66% ↗

Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur 63% ⇒ 85% ↗

Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels, niveau 1 79% ⇒ 88% ↗

Indicateur : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre 20% ⇒ 80% ↗ ↗



## ► Facteurs favorisants liés à la structure :

- Un dossier patient informatisé (PSI) en place depuis plusieurs années, outil maîtrisé, certaines évolutions demandées ont vu le jour, entre autre l'ajout de « trames / observations types »
- Il n'y a pas de personnel intérimaire et le taux de rotation du personnel est faible
- Etablissement de petite taille (le nombre de 80 dossiers n'est pas atteint mais le recueil est tout de même réalisé)

## ► Des facteurs liés au management

- Une implication forte de la Direction des Soins, en lien avec la Direction de la Qualité
- Une implication des médecins à travers la mise en place du projet thérapeutique (du sens a été donné aux indicateurs)



## ▶ Des facteurs liés aux pratiques cliniques

- ▶ Il existe des protocoles de prise en charge infirmière permettant de rappeler l'ensemble des éléments à recueillir aux différents temps de la prise en charge
- ▶ L'ensemble des éléments à recueillir (à l'admission) est complété vers le patient à l'aide d'un [imprimé](#) que nous avons élaboré dans PSI
- ▶ Puis les informations sont reportées au moyen d'une « trame » dans le dossier patient informatisé par l'IDE
- ▶ Ces informations et celles recueillies les premiers jours sont reprises sous une forme spécifique au moment de l'élaboration du projet thérapeutique



Centre Hospitalier d'Arbois  
21 Rue de l'Hôpital - 39400  
ARBOIS  
Tél : 03 90 00 00 00  
Fax : 03 90 00 00 00  
Site Web : www.cha-arbois.fr

GRILLE D'ÉVALUATION VIDE

0.0

**GRILLE IDE + AS ENTREE SSR/MED**  
**NIVEAU D'UTILISATION : AS**

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

MOTIF DE CONSULTATION0.0  DETAILCHEIX DU MEDECIN par le patient0.0  SANS AIDE1.0  Dr ERUMIAUX Philippe Hôpital d'Arbois 23 Rue de l'Hôpital 39400 ARBOIS1.0  MARMIER Gabriel 118 Avenue Pasteur 39400 ARBOIS1.0  NAAS Jean Marie 1 Grande Rue 39400 ARBOIS2.0  CACHOT Valérie 3 Rue Collège 39400 ARBOISPERSONNE DE CONFIANCE0.0  IMPRIME REMIS0.0  IMPRIME RECUPEREDIRECTIVES ANTICIPÉES1.0  IMPRIME REMISCONSTANTES0.0  TA0.0  POULS0.0  TEMPÉRATURE0.0  SAT Avec CF Sans CF0.0  POIDS Dans les 2 jours qui précèdent l'entrée0.0  TAILLE : Si inconnue distance talon / genou :0.0  EVA : /10 Penser à mesurer avec une échelle, pro grammer dans le plan de soins0.0  ECPA Penser à mesurer avec une échelle, pro grammer dans le plan de soins0.0  Algo + : /5 Penser à mesurer avec une échelle, pro grammer dans le plan de soinsALLERGIE0.0  OUI :0.0  NONSTAT CURAIRE0.0  RAS0.0  DESCRIPTION : rougeur, eczéma etc., plaie ..., faire un Braden :STAT PSYCHIQUE0.0  COHÉRENTE0.0  INC OHÉRENTE0.0  DESORIENTATION : temps Espace0.0  NE COMMUNIQUE PAS0.0  ANXIÉTÉ0.0  AGRESSIF0.0  BESOIN D'UN AIDE PSYCHOLOGIQUE

13 BIICHLÉ BENOIT

PROJET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

14:31

IDENTITE | 
 PREVENIR | 
 SOCIAL | 
 SEJOUR | 
 ANNUAIRE | 
 SOURAÏT

Ajout d'informations

### AJOUT D'INFORMATIONS

VALIDER | 
  ANNULER

Observations types, cliquez pour l'ouvrir

A partir du 17/09/2013 à 14:31  
 Jusqu'au  
 Chapitre : Projet thérapeutique  
 Item : Synthèse initiale  
 Objectif :  
 Commentaire :

Synthèse SSR MEDECINE

- Observation type**
- Accueil patient
  - Projet thérapeutique
  - Réévaluation projet thérapeutique
  - Suivi de chute

DEF	F	ILT	R
			4
			Ligne(s)

SOCIAL :  
 Choix du médecin dans le service :  
 MEDICAL : motif d'hospitalisation :  
 ATCDt :  
 CONSTANTES :  
 TA :  
 pouls :  
 température :  
 SAT :  
 Poids :

Couleur : N  
 Blocage :   
 Pièce liée :

- Synthèse SSR / MEDECINE**
- synthèse d'admission**  
Le 31/07/2013 à 14:24 : Origin
- Le 04/09/2013 à 15:22 : Origin
- Synthèse SSR MEDECINE**
- projet thérapeutique**  
Le 10/09/2013 à 08:38 : Synth

Couleur toutes : 3 Éléments  
 CHRONO 3  
 DOC JOINT  
 REDUIRE  
 ETENDRE

Uniquement les chap. renseignés  
 Uniquement les chapitres actifs  
 Tri croissant sur date

3 Éléments

## AJOUT D'INFORMATIONS



Observations types, cliquez pour l'ouvrir



Observations types, cliquez pour



A partir du

17/09/2013

à

14:38

Jusqu'au

Chapitre :

Projet thérapeutique

Synthèse

Synthèse SSR MEDECINE

Item :

Synthèse initiale

Objectif :

Commentaire :

SOCIAL : Choix du médecin dans le service et médecin traitant :

MEDICAL :

AUTONOMIE :

PSYCHOLOGIE :

ALIMENTATION (variation de poids à l'entrée) :

PLAN DE SOINS :

RISQUE CUTANE:

DOULEUR :

DEVENIR / OBJECTIFS a long terme :

a court terme :

REEDUCATION :

CONTENTION :

Bénéfice / Risque :

Etaient présents : Médecin, Cadre de S, Assistante S, IDE, Kiné, Ergo, Diététicienne, Psychologue



## Des facteurs liés aux pratiques cliniques (suite)

- ▶ Des réunions pluri-professionnelles régulières ont lieu pour élaborer le projet thérapeutique pour tous les patients admis puis pour le suivre dans le temps
- ▶ Il existe des modèles d'élaboration du compte-rendu d'hospitalisation pour les secrétaires médicales (d'après les données médicales qui sont soit saisies dans le dossier patient informatisé, soit dictées par le médecin en charge du patient)
- ▶ Il n'existe pas de systèmes d'alerte ni de systèmes bloquants
- ▶ Des solutions ont été proposées pour résoudre les problèmes liés à la spécificité de l'établissement : un patient est souvent adressé par un médecin exerçant dans l'établissement, puis peut être transféré en SSR (sans même changer de lit) puis en EHPAD ; des notes spécifiques ou des liens sont alors faits dans le dossier pour répondre aux exigences de l'HAS (documents d'entrée, traitement de sortie...)

## ▶ Des facteurs liés à l'évaluation des pratiques

- ▶ Mesure de l'indicateur TDP en 2012, malgré l'absence d'obligation, pour objectiver les progrès accomplis (même si non pris en compte dans la certification)
- ▶ Le recueil est réalisé par un cadre de santé, en lien avec la responsable qualité, ce qui permet d'assurer l'homogénéité du recueil ; les autres professionnels ne participent pas directement au recueil
- ▶ Les résultats des indicateurs sont présentés et discutés :
  - ▶ En CME
  - ▶ En CSIRMT
  - ▶ En Comité de pilotage
- ▶ Ils sont également affichés dans les services, ont également été diffusés par la Lettre Qualité et sont partagés sur le réseau informatique de l'établissement
- ▶ Une diffusion aux usagers est réalisée par affichage à l'entrée et sur le site web de l'établissement

## ▶ Ce qui peut encore être développé :

- ▶ Intégration des résultats dans le livret d'accueil
- ▶ Travail à mener sur la conciliation médicamenteuse à l'entrée (critère avec taux de non-conformité élevée)
- ▶ Au-delà de tenue du dossier, la recherche d'information en amont de l'hospitalisation (antécédents, poids habituel ...)

A quoi peut bien nous servir  
l'indicateur Qualité de la Tenue du Dossier?

Ou comment rendre utile un exercice imposé!!!

Dr Valérie Valot. Septembre 2013

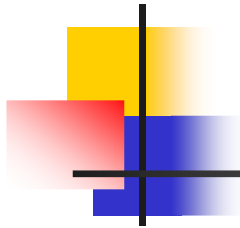




## Particularités de l'établissement

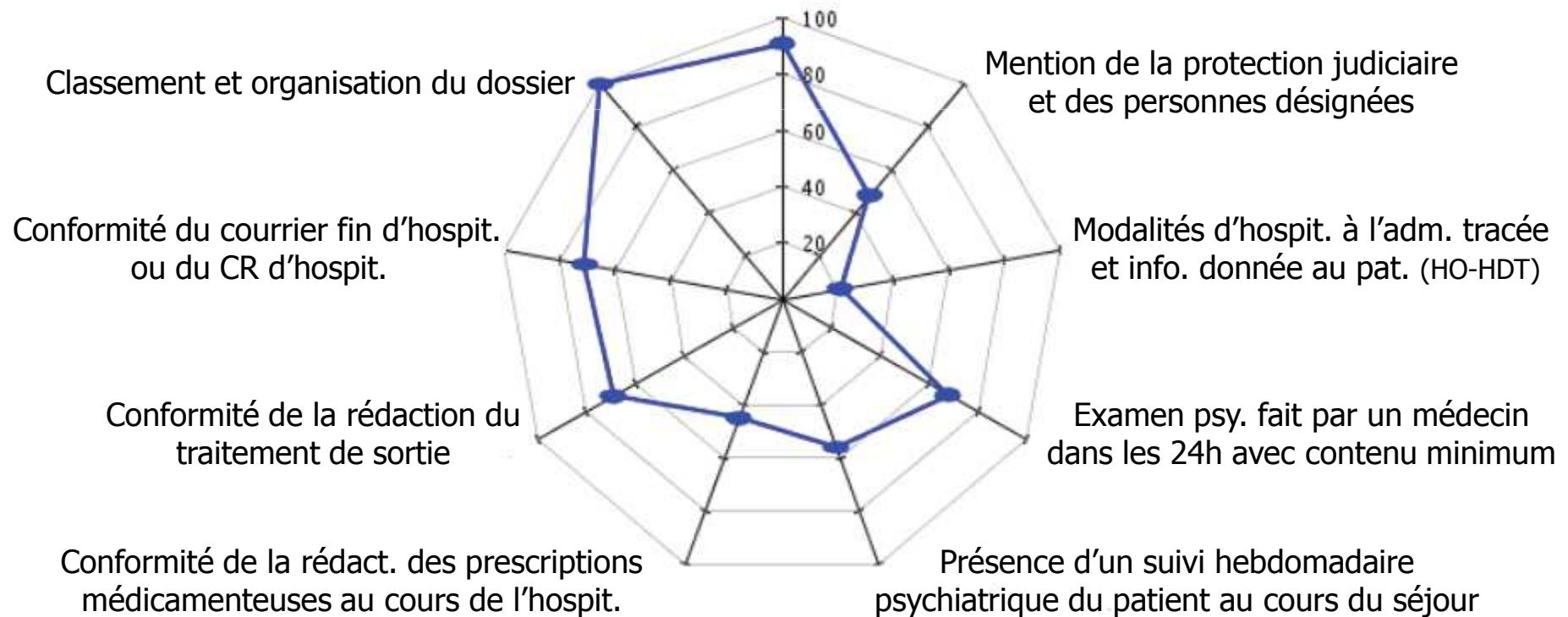
---

- Mono-activité : santé mentale.
- 15 sites de prise en charge : Haute-Saône, territoire de Belfort, nord du Doubs.
- 62 unités fonctionnelles : HC, HJ, CMP, CATT, Urgences... mais seulement 12 unités concernées par IPAQSS.
- 82 secrétaires. 105 médecins.
- Participation au projet COMPAQH-HPST dès 2008.
- 2 campagnes de recueil IPAQSS-PSY.

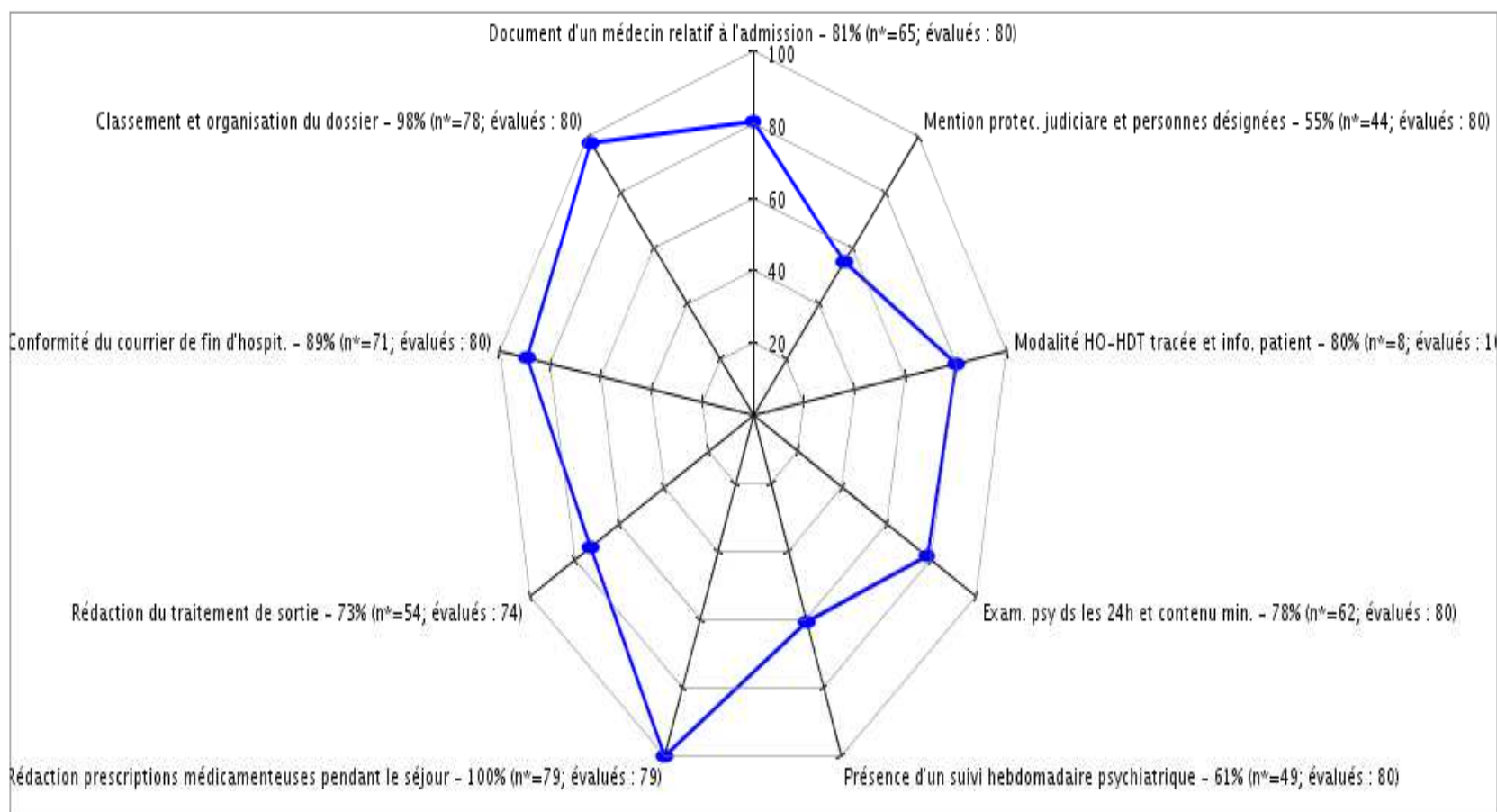


# Tenue du Dossier 2010

Document d'un médecin relatif à l'admission



# Tenue du dossier 2011



(\*) n = nombre de dossiers conformes



## Instaurer un « Etat d'Esprit Qualité »

---

- Ne pas faire, pour faire ...ou comment rendre utile un exercice imposé !
- Donner du sens à la démarche d'audit...ou comment s'appropriier l'indicateur.
- Communiquer... Associer... Accompagner... Elargir... Diffuser... Etendre... Comparer...



## Qui peut le moins, peut le plus!

---

- Profiter du recueil IPAQSS, pour mesurer d'autres indicateurs !
- Reprendre certains items des indicateurs IPAQSS dans d'autres audits:
  - ✓ CRUQPC : personne de confiance, consentement, information en cas d'hospitalisation sans consentement...
  - ✓ Groupe Dossier Patient : courrier de sortie (audit coordination HC-HJ)
  - ✓ COMEDIMS : prescription
  - ✓ CLAN : poids et IMC
- Evaluer les secteurs non-concernés : enfants .
- Cibler des secteurs : 30 dossiers minimum.
- Augmenter la fréquence du recueil



## Adapter sa communication!

---

- Communiquer aux instances : « poids politique »
- Communiquer aux professionnels de l'établissement et aux usagers
- Communiquer aux professionnels des secteurs concernés : résultats individuels et questionnements sur les pratiques, organisation.
- Communiquer par catégories professionnelles : médecins, secrétaires.



## Utiliser le bon argument à la bonne personne !

---

### ■ Médecins:

- ✓ Les faire accepter que ce qui est mesuré à un intérêt !
- ✓ Mots-clés : responsabilité, loi, coordination, transmissions, intérêt du patient...
- ✓ Les associer à la réflexion : CME, groupe de travail, EPP..

### ■ Secrétaires:

- ✓ Visites des secrétariats par les collègues
- ✓ Mots-clés : fonction stratégique, organisation, astuces...
- ✓ Les associer : réunions avec le DIM, groupe de travail...




## Formaliser...Ne nuit à personne !

---

- Protocoles : tenue du dossier, recherche personne de confiance...
- Document spécifique : remis aux professionnels.
- Check-list.



Eléments explorés	Où les chercher ?	Observations/Remarque	Comment améliorer ?
<b>GÉNÉRALITÉS</b>			
<b>Eléments d'identification structure et séjour</b>	Données qui s'affichent automatiquement : lien avec le résumé par séquence (RPS = données du RIM-P).		<b>Etre rigoureux dans la saisie des données intégrées dans le RIM-P</b> : elles servent au tirage des 80 dossiers audités.
<b>Eléments d'identification du dossier</b>	Dossier retrouvé ou non. Recherche des éléments dans le dossier papier et informatique pour les dossiers dont la prescription médicamenteuse s'est faite sous MEDILYS.	Certains dossiers seront exclus car les données du RIM-P ne correspondent pas à la réalité (ex : séjour < à 8 jours, séjour itératif...)  <b>HAS 2010</b> : tous les dossiers tirés au sort étaient conformes	
<b>Mode de sortie :</b> - décès - mutation - « sans autorisation » - autre mode de sortie	Document fin de séjour. Trajectoire.	Si le mode de sortie est un décès, une mutation ou une fugue, certains critères seront exclus : - organisation du suivi à la sortie, - trace écrite du traitement à la sortie.	
<b>Retrouve-t-on un courrier de fin d'hospitalisation ?</b>	Document fin de séjour. Evolution (si mutation).	Une trace écrite justifiant médicalement cette mutation est acceptée.	<b>Compte-rendu de fin de séjour systématique même si fugue, décès.</b>  <b>Mot d'évolution si mutation.</b>
<b>Conformité du courrier de fin d'hospitalisation (cf page 7)</b>	Document fin de séjour : - compte-rendu, - courrier de sortie, - duplicata ordonnance.	Le modèle AHFC « Compte-rendu de fin d'hospitalisation » répond aux exigences attendues (médecin destinataire, date de séjour, organisation suivi, traitement sortie...)  <u>COMPAQH 2009</u> : 83,5 % de conformité	<b>Remplir tous les champs du document « Compte-rendu de fin d'hospitalisation » tel que modifié.</b>   Si pas de traitement de sortie : le noter clairement dans le compte-rendu.

**CONSIGNES POUR L'EXHAUSTIVITE DU RECUEIL DES 3 INDICATEURS EN SANTE MENTALE**

**Hospitalisation complète**

**Check-list à vérifier pour chaque séjour avant la sortie du patient**

Rappel : 3 Indicateurs sont explorés depuis 2 ans par la Haute Autorité de Santé (HAS)

- Tenue du dossier du patient
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
- Dépistage des troubles nutritionnels

Le recueil est une étude rétrospective **sur l'ensemble du CHS** qui portera en 2013 sur **80 séjours, de + de 8j en HC de patients adultes sur la période allant du 1er février au 31 août 2012.**

Ces 80 séjours sont tirés au sort dans notre fichier patient via la plate-forme de l'HAS.

Ces indicateurs sont **rendus publics** par établissement et une comparaison avec la moyenne nationale et régionale est faite.

Ils font partie des attendus de la certification en donnant à la fois un score et un élément d'appréciation pour les critères qui s'appliquent à ces indicateurs.

**1. TENUE DU DOSSIER PATIENT**

Score établissement 2011	79	<b>Indicateurs à recueillir systématiquement lors du séjour du patient et à vérifier avant la sortie du patient</b>		
Indicateurs	Score	Consignes	QUI	COMMENT - OU
Classement et organisation du dossier	98%	<b>Organisation du dossier selon le guide de tenue du DP</b>	secrétaires	Dossier de chaque séjour à organiser à la sortie du patient
Mention de la protection judiciaire et personnes désignées	55%	<b>Tracabilité systématique :</b> - de la mention de la protection judiciaire - des personnes à prévenir (nom-prénom - adresse – téléphone - de la personne de confiance	Secrétaires Secrétaires Secrétaires  Médecins	Vérifier avant la sortie du patient que ces elts sont renseignés Etiquette patient Etiquette patient  Feuille de consentement
Document d'un médecin relatif à l'admission	81%	Disposer d'un document fait par un médecin justifiant l'admission du patient ( <i>lettre MT, doc des urgences, doc de pré-admission ou de consultation, trace écrite de la mutation, certificats HO-HDT</i> )	Secrétaires	A vérifier au moment de la saisie de l'observation dans DPE et au moment du classement du dossier mettre ce courrier dans la pochette ad hoc
Modalité HO-HDT tracée et info au patient	80% Nb : 10 dossiers évalués	Vérifier que le bon document « observation médicale d'entrée » est présent dans les unités Cocher les cases modalités d'hospitalisation et info donnée au patient	Secrétaires  Médecins	Vérifier au moment de la saisie de l'observation dans DPE que les cases sont bien cochées A l'admission du patient
Examen psychiatrique dans les 24h et contenu minimum	78%	Trace d'un examen psychiatrique fait par un médecin (pas forcément un psychiatre) et interne OK Si examen impossible compte-tenu de l'état du patient le préciser dans le dossier	Médecin	Dans les 24h suivant l'admission Observation médicale d'entrée



## Associer les professionnels

---

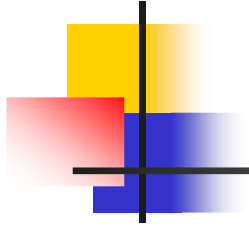
- Groupe d'auditeurs internes.
- Lors du recueil, présence du médecin du service si possible.
- Elaboration de supports (incluant les items de l'indicateur) par les professionnels:
  - ✓ Observation d'entrée
  - ✓ Compte-rendu de sortie
- Groupes de travail ressources : hospitalisation sans consentement, circuit du médicament...
- Groupe dossier du patient



## Etre obsessionnel

---

- Informatisation du dossier.
- Parcours patient.
- Contrat de pôle.
- Cartographie des risques.
- Projet institutionnel, CPOM.
- Programme d'audit.
- EPP.
- Tableau d'indicateur.



Merci de votre attention

**19 septembre 2013**



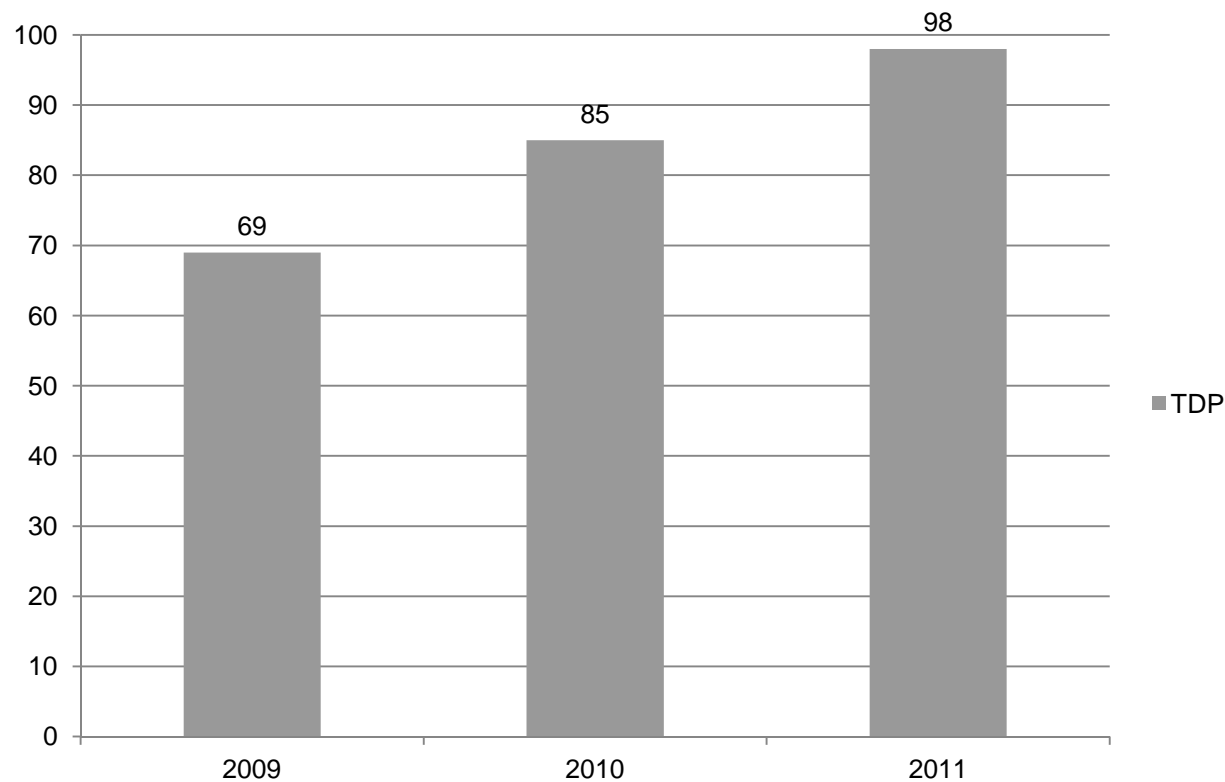
# Indicateur Tenue dossier patient



# Indicateur tenue dossier patient CRCPFC Pont d'Héry



INDICATEUR TENUE DOSSIER PATIENT



# Facteurs favorisants identifiés



## 4 grands types de facteurs favorisants identifiés :

- 1) des facteurs liés à la structure
- 2) des facteurs liés au management
- 3) des facteurs liés aux pratiques cliniques
- 4) des facteurs liés à l'évaluation des pratiques



## 1) facteurs liés à la structure

- a) Un établissement de taille moyenne (96 lits et 79 places), avec une activité homogène (Réadaptation Cardiologique et Pneumologique) répartie en 4 secteurs.
- b) Un dossier patient informatisé en place depuis 2000, qui regroupe l'ensemble des données relatives aux patients ; l'outil est peu « souple », mais des évolutions restent possibles.

## 2) facteurs liés au management



- a) Implication forte de la Direction des Soins, en lien avec la Direction de la Qualité
- b) Implication des référents DPI (assistante qualité et secrétaire médicale) pour le soutien des équipes
- c) Implication de tous les médecins et cadres de santé dans le recueil des données, avec rôle pédagogique important et absence de sanction
- d) Création d'un groupe institutionnel Dossier Patient depuis plusieurs années (2009).

## 2) facteurs liés au management



### Composition du groupe institutionnel Dossier Patient :

- responsable des secrétariats médicaux,
- TIM,
- cadre de santé,
- directrice des soins
- autres membres du personnel en fonction des sujets traités.

### Rôle :

- rédiger les notes d'information ou protocoles sur l'utilisation du dossier patient,
- aider à la standardisation des documents ou formulaires du dossier patient,
- réaliser le paramétrage du DPI,
- analyser les fiches d'évènements indésirables en lien avec la tenue du dossier patient,
- analyser les résultats des indicateurs portant sur le dossier patient...

## 2) facteurs liés au management



### Forte réactivité du groupe Dossier Patient

- aller à la rencontre des professionnels et constater les dysfonctionnements,
- proposer des actions d'amélioration en cas de problèmes constatés.

*=> Contrairement à ce qui s'est passé au début du déploiement du DPI, les actions d'amélioration sont aujourd'hui concertées et durables, évitant des utilisations détournées du DPI.*

### 3) facteurs liés aux pratiques cliniques



- a) Il existe **un guide Dossier patient**, décrivant notamment le rôle des différents utilisateurs sur la tenue du dossier patient.
- b) Il existe **un protocole sur l'archivage du dossier patient** (documents « papier »).
- c) Il existe **des modèles ou trames pour divers éléments du dossier patient** : observation médicale d'entrée, compte-rendu d'hospitalisation...
- d) *La majorité des informations contenues dans le dossier sont entrées par les secrétaires médicales, après dictée du médecin ; cette procédure permet une standardisation et une homogénéité de la traçabilité des données.*

### 3) facteurs liés aux pratiques cliniques



- e) Il n'existe **pas de systèmes d'alerte ni de systèmes bloquants** ; quand les secrétaires observent que des données sont manquantes, elles les recherchent auprès des médecins concernés, ou auprès des membres du groupe Dossier Patient.
- f) **Des formations à l'utilisation du DPI** sont organisées régulièrement pour les nouveaux arrivants, avec présentation du résultat des indicateurs.
- g) Les professionnels peuvent **solliciter simplement les référents DPI** en cas de problème.

## 4) facteurs liés à l'évaluation des pratiques



- a) Une mesure de l'indicateur TDP a eu lieu en 2012, malgré l'absence d'obligation ; les exigences locales sont souvent plus élevées que celles imposées par la HAS.
- b) Le recueil est réalisé par de nombreux professionnels investis :
- Un trinôme composé du médecin responsable de la prise en charge du patient, du cadre de santé du service d'hospitalisation et d'un soignant du service ; chaque année, des soignants différents sont intégrés dans le processus de recueil.
  - Chaque trinôme est épaulé par l'assistante qualité (qui saisit les données en direct) et par la directrice des soins, qui veille à la standardisation du recueil entre les différents trinômes et au fil des années, et discute «instantanément» des non-conformités avec les professionnels de santé.
  - Le recueil est planifié sur une semaine environ.

## 4) facteurs liés à l'évaluation des pratiques



c) Une mesure d'indicateurs complémentaires s'ajoute à la mesure TDP, comme par exemple sur la personne de confiance, la conformité d'archivage du dossier papier, la présence des documents dématérialisés, le niveau d'irradiation.

d) Un audit spécifique sur les prescriptions a été réalisé par le groupe « Dossier Patient » sur une dizaine de dossiers.

e) La présentation et la discussion des résultats des indicateurs sont faites :

- En CME
- En C2C (cadres et personnels d'encadrement)
- Par unité au personnel médical et soignant.

f) Présentation des résultats des indicateurs lors des journées d'accueil des nouveaux professionnels

g) Diffusion aux usagers par affichage à l'entrée et sur le site web de l'établissement.



# Ce qui peut encore être développé



1. Intégration des résultats dans le livret d'accueil
2. Intégration de la démarche au Développement Professionnel Continu (DPC).
3. Avoir un référent professionnel par unité,

# Indicateur tenue du dossier patient



**Des questions ?**